**Wykaz leków własnych przyjmowanych przez Pacjenta w dniu przyjęcia do oddziału geriatrycznego Szpitala Geriatrycznego im. Jana Pawła II w Katowicach.**

Proszę również uwzględnić krople do oczu, leki wziewne oraz zażywane suplementy (leki bez recepty). PROSZĘWYPEŁNIĆ DRUKOWANYMI LITERAMI

Imię i nazwisko Pacjenta: ………………………………………………………………………………………………………………….

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa leku | Dawka | Sposób przyjmowania |
| Rano | Południe | Wieczór | UWAGI |
| 1 |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |  |  |
| 11 |  |  |  |  |  |  |
| 12 |  |  |  |  |  |  |
| 13 |  |  |  |  |  |  |
| 14 |  |  |  |  |  |  |
| 15 |  |  |  |  |  |  |
| 16 |  |  |  |  |  |  |
| 17 |  |  |  |  |  |  |
| 18 |  |  |  |  |  |  |
| 19 |  |  |  |  |  |  |

Data……………………………………………….

Podpis osoby sporządzającej zestawienie……………………………………………………………… (Pacjent/ Opiekun)